

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:
<https://www.researchgate.net/publication/297674065>

Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces

Article in *Pratiques Psychologiques* · March 2016

DOI: 10.1016/j.prps.2016.01.001

CITATIONS

0

READS

27

3 authors, including:



Marion Feldman

Paris Descartes, CPSC

50 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

SEE PROFILE



Marie Rose Moro

The University of Paris

524 PUBLICATIONS 940 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Transmission du trauma mère-bébé [View project](#)



Interpreters in clinical and research work [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Marion Feldman](#) on 02 June 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Psychologie clinique

Transmission du traumatisme mère–bébé dans les interactions précoces

Mother to infant transmission of trauma in early interactions

E. Dozio^{a,*}, M. Feldman^a, M.-R. Moro^{b,c}

^a Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie, PCPP EA 4056, institut de psychologie, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 71, avenue Edouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

^b Maison des Adolescents, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 75013 Paris, France

^c Unité de recherche Inserm U1178, CESP, laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie, EA 4056, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France

Reçu le 28 janvier 2015 ; accepté le 27 janvier 2016

Résumé

La présente recherche s'intéresse à investiguer les modalités de transmission du trauma d'une mère à son bébé, au travers de l'observation de leurs interactions. L'étude est basée sur un échantillon de quatre dyades. Les mères ont été exposées à des événements traumatiques, avant la naissance de leurs enfants. Les bébés ont entre deux et six mois. Les quatre mères ont migré en France et sont originaires d'Afrique. Les mères répondent à un entretien semi-structuré en présence de leur enfant. Les entretiens sont filmés et enregistrés. La transmission du trauma mère–bébé et l'acculturation sont évaluées. Les résultats confirment que les effets du stress de la mère liés à son passé traumatique affecte la relation au bébé, avec de très pauvres interactions. Le stress post-traumatique affecte la disponibilité maternelle à interagir avec le bébé et de réguler son état émotionnel, accentuant ainsi la transmission de l'état émotionnel de la mère. Les données recueillies indiquent également que la transmission maternelle des techniques de maternage de sa culture d'origine est influencée négativement par la vulnérabilité liée à la phase post-natale dans un contexte

* Auteur correspondant. 3, rue Cavallotti, 75018 Paris, France.

Adresse e-mail : bettadozio@hotmail.com (E. Dozio).

migratoire. Nos résultats révèlent que le trauma de la mère se transmet au bébé et montrent la nécessité de considérer l'aspect transculturel en association avec les événements traumatiques.

© 2016 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Transmission du trauma ; Interaction mère–bébé ; Transculturel

Abstract

The present research involves the investigation of the mechanisms of transmission of trauma between the mother and infant through the observation of their interactions in order to address the transmission process and the consequences for the infant. The study is based on a sample of four dyads. Mothers were exposed to traumatic events, before the infant birth. The age of the infants was between 2 and 6 months. The four mothers have migrated in France from Africa. Mothers were asked to answer to semi-structured interview in the presence of the infants. The interviews were videotaped. Mother to infant transmission of trauma and acculturation were assessed. Results confirmed that mother traumatic stress affects the mother-infant relationship, resulting on very poor interactions. Traumatic stress affects mother's availability to interact with infant and to regulate his arousal emotional state, accentuating the transmission of the mother emotional state. Data collected indicated that the transmission of cultural mothering techniques and childcare practices are influenced negatively by the vulnerability during the perinatal period in migration. Our findings are congruent with predictions on mother-to-infant trauma transmission and highlight the necessity to consider the cross-cultural aspect in association with the traumatic event.

© 2016 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Trauma transmission; Mother-child interaction; Cross-cultural

1. Introduction

Nicolas Abraham et Maria Torok (1978) mettent en avant les processus de transmission d'un trauma d'un parent à son enfant, dans lesquelles les « inclusions psychiques » sont des supports d'identification. La symbiose psychique entre la mère et son bébé constitue un premier cadre du passage et participe à la construction des premières représentations de l'enfant. Le passage est également influencé par le langage vocal, verbal dans la famille mais également à travers la façon dont le bébé va être porté, bercé, nourri (Tisseron, 1995). Ce « berceau » va constituer des sortes d'indices et façonner les représentations de l'enfant, mais aussi ses affects et ses comportements. Dans le cas d'une mère qui a été traumatisée, c'est par le clivage que la « part morte » va se constituer et ne plus pouvoir se défaire dans une sorte de « suspens du traumatisme », soit une impossibilité d'élaboration de cette « part morte silencieusement omniprésente ». Il y a alors une impossibilité pour le bébé à opérer une identification projective auprès de sa mère, la part du négatif engendré par sa mère est alors possiblement un support à sa construction psychique. La mère transmet en partie son aliénation, qui peut prendre le pas sur sa personnalité « culturelle », c'est-à-dire son cadre culturel, externe dans laquelle elle s'est construite. L'enfant risque de devenir le contenant de l'histoire parentale à défaut d'en être l'héritier.

Si la littérature sur la transmission transgénérationnelle du trauma est très vaste, les travaux sur la transmission directe entre la mère et le bébé sont encore récents. La plupart restent focalisés sur l'importance de la théorie de l'attachement ou sur l'étude de cas cliniques (Ouss-Ryngaert, 2006).

Il est pourtant encore difficile de répondre aux questionnements qui concernent les processus de transmission, celui de son contenu et de connaître son impact sur le bébé.

Basé sur la théorie de l'attachement (Bowby, 1999), Hesse, Main, Abrams, et Rifkin (2003) décrivent le fait que des parents qui ont des expériences traumatiques non résolues, transmettent à leur enfant un attachement désorganisé.

De nombreux travaux confirment les conclusions sur les facteurs de risque de transmission du traumatisme intergénérationnel sur la base de la théorie de l'attachement. En particulier, les représentations mentales maternelles déformées à propos de l'enfant favorisent les comportements effrayants en réponse à l'enfant, qui va par conséquent réagir avec des comportements désorganisés. La détresse et les réactions de l'enfant peuvent réactiver la mémoire traumatique chez la mère, cela peut conduire à un cercle vicieux. Schechter et al. (2005) montrent qu'il existe un lien clair entre l'expérience traumatique de la mère dans le passé et la qualité des représentations maternelles autour de l'enfant.

D'autres modèles peuvent expliquer la transmission d'un traumatisme.

Schore (2002) explique comment le rythme dans l'interaction mère-enfant (visuelle, tactile, auditive) peut être affecté négativement quand les mères sont traumatisées. Elles ne peuvent pas moduler les stimulations et la réponse aux besoins infantiles, ce qui peut amener à une hyperstimulation ou au contraire à négliger l'enfant. D'autres auteurs sont plus orientés sur un modèle inconscient de transmission (Ciccone, 1999). Le développement psychique d'un enfant est influencé par le poids de son héritage, constitué des attentes des parents sur le bébé et les fantasmes et les projets qui sont mobilisés par la parentalité et transmis au bébé. Les parents traumatisés ont souvent des représentations de leurs enfants noircies par des souvenirs d'éléments traumatisants de leur passé, ce que Fraiberg et al. appellent les «fantômes dans la chambre» (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975).

À travers le concept d'« accordage affectif », Stern (1985) propose une voie de transmission sur la base du partage des états émotionnels entre la mère et l'enfant à travers des échanges intermodaux. La mère tend à compléter les actions du bébé avec des gestes, l'enfant sent le geste de la mère comme une affirmation de son état affectif. Les mères traumatisées peuvent transmettre par leur geste leur état affectif qui sera intériorisée par l'enfant.

Toutes ces approches peuvent contribuer à expliquer les voies de transmission du traumatisme et peuvent coexister.

Notre recherche traite de la question du traumatisme psychologique de la mère, qui a eu lieu dans sa vie avant la naissance de l'enfant et de la transmission du traumatisme à l'enfant, en se référant à des cadres théoriques basés sur la relation et les interactions mère-enfant.

Dans le contexte humanitaire, les situations d'urgence, tels que les catastrophes naturelles et les conflits, sont souvent caractérisés par des traumatismes collectifs et individuels importants. Il s'avère d'autant plus nécessaire de connaître les mécanismes de transmission du trauma et l'impact que cela peut avoir pour le bébé avec un regard particulier pour les nourrissons. Pour le nourrisson, les événements traumatiques ne s'inscrivent pas encore dans une déstructuration du champ du symbolique. Des événements externes comme une guerre ou des déplacements forcés, n'attaquent pas le symbolique du nourrisson parce qu'il n'a pas encore pu développer une perception et une connaissance du monde réel qui lui est externe. Pour les enfants si jeunes, ce qui est traumatique est lié à l'absence, au manque de réponse à ses sollicitations et requêtes qui crée un chaos sensoriel externe et/ou interne. Ce sont donc le bruit, la lumière, le froid/chaud, la faim, la soif, la douleur. . . qui vont être traumatogènes pour le nourrisson (Bailly, 2006).

Pour cette raison, il s'avère important de voir comment les événements traumatiques externes affectent les capacités de la mère à répondre aux besoins de son bébé. Une mère non disponible

pourrait être la source de trauma directe pour le nourrisson. L'adulte peut être l'agent transmetteur du traumatisme (Bailly, *ibid*).

L'étude comprend l'analyse des aspects culturels du traumatisme et des tuteurs de « résilience ». La migration peut conduire à une rupture dans la transmission des pratiques de soins infantiles, de maternage et dans la relation mère-enfant (Moro, 1994, 1998, 2010). Les mères migrantes peuvent se sentir très vulnérables pendant la période périnatale, car leur élaboration psychique est rendue difficile par la migration et ses effets : l'isolement, la solitude, le processus d'acculturation.

La grossesse et la naissance du bébé viennent réactiver la rupture avec la culture d'origine. Les mères sont éloignées de leur famille et de leur communauté, qui ont pourtant une fonction de les soutenir (Feldman, 2009). L'exil modifie la façon de créer un « berceau culturel » (Moro, 1994) qui correspond à l'ensemble de représentations culturelles et collectives que les parents ont de leur bébé. L'importance de ce « berceau » et des attentes autour du bébé sont structurantes pour lui et sa famille avant la naissance. Elles le seront davantage durant la phase post-natale.

En même temps, les facteurs de « protection », au sens anthropologique du terme (Moro, 1994) permettent la mise en place d'un processus de résilience qui participe à la construction de l'enfant. Ce processus dynamique permet aux mères de mobiliser leurs ressources intrapsychiques nécessaires pour s'adapter aux contextes traumatogènes (Anaut, 2002).

Ces facteurs de protection limitent ainsi l'impact de l'événement traumatique et sa transmission au bébé.

2. Méthodologie

La recherche est basée sur l'étude des dyades mère-bébé. Les mères et les bébés sont rencontrés lors d'un entretien semi-structuré. L'objectif est d'observer la relation mère-bébé et les réactions du bébé durant le récit des événements traumatiques de la mère. L'entretien est basé sur un enregistrement audio et vidéo pour permettre la retranscription du verbatim et l'analyse ultérieure des interactions mère-bébé.

L'entretien a lieu à la maternité où elles ont été suivies pendant la grossesse.

Les mères interviewées reçoivent une première information orale concernant les modalités et le contexte de la recherche. Puis, il leur est demandé de signer un consentement concernant la participation à la recherche et l'utilisation des données filmées. Si les mères ne parlent pas bien ou ne lisent pas bien le français, la présence d'un interprète a été requise. De même, elles peuvent à tout moment arrêter la passation, refuser de répondre à certaines questions ainsi que l'enregistrement audio et vidéo de l'entretien.

2.1. Le recueil des données

Le protocole se déroule en deux parties : une séquence d'interaction mère-bébé et l'entretien. La séquence spécifique d'interaction est réalisée au cours d'une période d'éveil du bébé et de façon standardisée : le bébé peut être installé dans un transat, pendant cinq minutes, avec comme consigne donnée à la mère : « faites comme vous faites d'habitude quand vous êtes avec lui à la maison ».

Les informations sont également recueillies par un entretien composé de questions « starters » ainsi que des questions « relances ».

2.2. Axes de l'entretien

L'entretien se déroule selon un guide semi-structuré organisée autour de plusieurs axes.

2.2.1. Les événements

La première partie de l'entretien concerne les représentations qu'a la mère de son bébé et de sa relation avec lui. Des questions autour du bébé, de la grossesse et son déroulement, de la relation avec le bébé, sont posées en début d'entretien.

2.2.2. L'impact des événements

Les événements en soi ne sont pas traumatiques, ils sont considérés potentiellement traumatogènes, c'est le vécu subjectif de la mère qui le rend traumatique. Pour mieux comprendre l'impact de l'événement dans la vie de la mère, il lui est demandé de raconter les événements traumatiques avec le maximum de détails (nature des événements, temporalité, nombre d'événements. . .) et les conséquences sur leurs vies (migration, changement de situation, perte des liens familiaux, deuil. . .).

2.2.3. Les symptômes actuels

Nous cherchons à identifier les symptômes actuels, liés aux événements traumatiques (reviviscences, cauchemars, hypervigilance, troubles du sommeil, troubles de l'attention. . .). Par ailleurs, plusieurs questions concernent les représentations que la mère a de son bébé et de ses éventuelles difficultés qui seraient liées à la transmission du traumatisme, durant la grossesse et après.

2.2.4. Les éléments de résilience

Nous l'interrogeons également sur les facteurs de « résilience » pour elle et son bébé, c'est-à-dire sur les facteurs pouvant nous renseigner sur les stratégies adaptatives individuelles et familiales qui impactent le processus de transmission du traumatisme.

2.3. L'analyse

L'observation des interactions et l'étude du discours de la mère sont mis en relation dans le but d'identifier les processus de transmission du trauma de la mère à son bébé.

Plusieurs outils sont utilisés pour l'analyse des processus de transmission.

Tout le matériau est analysé selon une approche qualitative, notamment par une analyse de la structure du discours.

Cette analyse est un outil privilégié pour l'étude des processus psychiques et permet de mettre en lumière la présence d'éléments traumatiques. Il permet en effet d'avoir accès à l'organisation de la pensée de l'auteur du récit (Lachal, 2006) et le situe dans une temporalité. De nombreux auteurs ont étudié le récit produit par les sujets présentant un syndrome de stress post-traumatique et plus spécifiquement, la structure de celle-ci pour mettre en avant la présence de marqueurs spécifiques au trauma (O'Kearney & Perrott, 2006 ; Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003 ; Hellowell et Brewin, 2004). Nous nous sommes donc appuyés sur ces marqueurs traumatiques pour construire notre grille d'analyse.

La cohérence du discours est mesurée par la grille Edicode. Edicode est une méthode d'analyse validée dans les entretiens semi-directifs, basée sur la théorie de l'attachement. Il mesure le degré de cohérence du récit, le niveau de fluidité, de réflexivité et d'authenticité du discours (Pierrehumbert, Dieckmann, Miljkovitch de Heredia, Bader, & Halfon, 1999).

Concernant les entretiens filmés, le matériel est, en sus, analysé à l'aide d'une grille d'observation des interactions parent-bébé : les Grilles RAF de Bobigny (Lebovici, Mazet, & Visier, 1989). Développées en France, ces grilles ont pour but de mettre en avant les pathologies interactives pour des bébés de 3 mois, 1 an, 2 ans et 3 ans.

Le niveau d'acculturation est évalué avec le « Grille pour l'évaluation de l'acculturation de la famille migrante » (Moro, 1994). Cette grille est composée de deux parties. L'une concerne l'enfant et l'autre la famille. Pour l'enfant, nous identifions les techniques de maternage utilisées par la mère (nourrissage, « holding », « handling », méthodes traditionnelles ou occidentales. . .) et les rituels de protection des enfants, à la naissance et dans les pratiques de soins. Pour la famille, nous observons notamment la place de la langue (langue maternelle et/ou le français).

3. Population

Les dyades étudiées sont celles pour lesquelles les mères ont vécu un événement traumatique répondant aux critères A du DSM-IV. Les enfants sont âgés entre quelques jours et trois ans.

Nous choisissons de présenter des résultats d'une recherche basée sur une cohorte pour laquelle les critères d'inclusion sont les suivants : les mères sont migrantes et ont vécu des événements traumatiques liées à des violences collectives, avec des bébés de moins de six mois, nés en France.

Le choix de porter son attention sur les bébés de moins de six mois est lié à l'intérêt de mieux observer et comprendre les relations précoces, dans le but de concevoir un dispositif de prévention contre les effets dévastateurs de la transmission du trauma sur le développement du bébé.

La cohorte est composée de quatre dyades. Les bébés ont entre deux et six mois, trois garçons et une fille (dyade C). Les quatre mères sont migrantes : trois sont originaires de la République Démocratique du Congo (RDC) et une du Burkina Faso. Une brève anamnèse de chaque situation est présentée afin de fournir les éléments essentiels pour une meilleure compréhension dans l'analyse des données.

A : la dyade est composée d'une mère originaire de RDC et de son bébé âgé de cinq mois et demi. La mère est arrivée en France à l'âge de trois ans, avec son plus jeune frère, seuls, « mis dans l'avion » par leur père, afin qu'ils rejoignent une tante maternelle en France. Les événements traumatiques sont liés à la maltraitance extrême de cette tante à son égard dès son arrivée en France. Son bébé est né alors qu'elle ne désirait pas sa grossesse.

B : la mère est arrivée du Burkina Faso à l'âge de 16 ans. Son bébé a trois mois. Son vécu traumatique est lié à une cumulation d'événements familiaux traumatiques. Depuis son enfance, elle a vécu dans un milieu familial très violent, avec un père négligeant et une famille paternelle envahissante. De plus, lors de sa précédente grossesse, liée à une agression sexuelle, elle a eu recours à une interruption volontaire de grossesse. Cette agression et cette interruption volontaire de grossesse continuent fortement à la hanter, notamment au travers de ses cauchemars. Le choix de garder ce bébé (qui participait à la recherche) a été influencé par le fait qu'elle se sentait coupable de l'IVG. La deuxième grossesse n'était pas désirée et non acceptée par l'entourage familial.

C : la mère est venue en France à l'âge de 15 ans pour des raisons politiques dans son pays. Le bébé participant à l'entretien est son deuxième enfant et il est âgé de trois mois. La mère a assisté à des violences faites à l'encontre de sa propre mère et de son père. Son père a été kidnappé. Sa mère, son frère et ses sœurs ont quitté alors le pays avec une autre famille. Ils ont commencé un long périple, via différents pays, périple au cours duquel ils ont connu la faim, des privations et la perte de proches. Malgré un suivi psychologique à son arrivée, durant plusieurs années, elle a continué à être inquiète et à présenter des troubles post-traumatiques tels que des reviviscences, des

cauchemars, des hallucinations et des symptômes liés à la persécution. La grossesse a été désirée et le père de l'enfant est présent. La grossesse a été difficile et le bébé est né prématurément. La mère a été particulièrement angoissée dans les premières heures qui ont suivi la naissance de son bébé, mais elle a été rassurée d'apprendre la bonne santé de son enfant.

D : la mère est arrivée de RDC quand elle avait 24 ans. Elle a quitté son pays après avoir assisté au meurtre de son mari et de son employeur pour des raisons politiques. Elle a laissé son premier enfant au pays. Le bébé participant à l'entretien a trois mois. C'est une mère très angoissée. Elle s'inquiète beaucoup pour son enfant resté au pays, qui est malade et pour lequel elle n'a pas de nouvelles. La naissance du deuxième bébé a été compliquée. La mère se sent responsable de la fragilité de son bébé et elle attribue les problèmes de son bébé à sa tristesse à elle et aux symptômes post-traumatiques qui se sont manifestés pendant sa grossesse. C'était une grossesse désirée même si le père ne vit pas avec elle et son enfant pour le moment.

4. Résultats

Les quatre dyades ont accepté l'entretien dans son intégralité mais les dyades A et B n'ont pas pu participer à la partie consacrée à la séquence de jeu libre, soit parce que le bébé était endormi, soit parce que le bébé avait des difficultés à s'endormir. Au cours des quatre entretiens, le bébé s'est endormi à un moment donné.

La microanalyse des vidéos a consisté à sélectionner pour chaque dyade, quelques courts passages (quatre séquences d'une moyenne de 1 minute et 52 secondes par dyade). Nous avons choisi des passages où l'état d'éveil du bébé permettait d'observer des échanges. La durée était assez longue pour permettre une microanalyse des interactions.

Le [Tableau 1](#) présente la grille utilisée pour évaluer les comportements des mères et des bébés, tels que les contacts corporels, visuels, vocaux et les sourires. La grille mesure la réceptivité et la réciprocité des échanges pendant les moments sélectionnés pour l'observation.

À travers la microanalyse de séquences choisies, nous avons observé les interactions des quatre dyades. Les données récoltées peuvent révéler des éléments spécifiques du processus de transmission du traumatisme.

4.1. Microanalyse de séquences d'interaction

4.1.1. Interactions corporelles, du côté du bébé

Le foussement est seulement observé chez l'enfant D alors que l'entretien est réalisé au moment de l'allaitement. Il n'est pas possible d'observer cet aspect chez les autres dyades parce que les bébés ne le manifestent pas. Les bébés D et C ne cherchent pas une interaction corporelle avec leurs mères durant l'interview. Les bébés A et D essayent de toucher le corps de leur mère (seins, jambes, pieds) dans le but d'initier une interaction.

Les bébés A et D semblent apprécier le contact corporel de la mère, quand il est présent. Ils n'expriment pas un réel plaisir mais ne manifestent pas de rejet non plus. Les bébés B et C n'expriment pas de plaisir du tout.

4.1.2. Interactions corporelles, du côté de la mère

Le bercement n'est pas très fréquent dans les séquences analysées, même durant les moments où les enfants montrent des signes de détresse (pleurs ou regards de détresse). Les quatre mères

Tableau 1

Observation des interaction mères-nourrissons (selon les grilles d'évaluation des interactions précoces de Bobigny, Pr. Serge Lebovici et al.).

| Interactions | Corporelles | Visuelles | Vocales | Sourires |
|---|--|--|---|--|
| Bébé | Recherche le foussement : oui/non S'agrippe : oui/non Apprécie les contacts corporels : oui/non | Maintient le contact œil à œil : oui/non Évite le regard de sa mère : oui/non Recherche sa mère du regard : oui/non A un regard fixe : oui/non Explore l'environnement : oui/non | Vocalise vers sa mère : oui/non Pleure fréquemment : oui/non Hurle fréquemment : oui/non | Sourit spontanément à sa mère : oui/non Répond au sourire de sa mère : oui/non |
| Mère | Berce son bébé : oui/non Tient son bébé confortablement : oui/non Tient son bébé à distance : oui/non Caresse son bébé : oui/non Embrasse son bébé : oui/non | Maintient le regard : oui/non Évite le regard du bébé : oui/non Suit le bébé des yeux : oui/non | Parle au bébé : oui/non Jeux vocaux (réciproques) mère-bébé : oui/non Crie fréquemment : oui/non Peut rester silencieuse : oui/non | Sourit spontanément à son bébé : oui/non Répond au sourire de son bébé : oui/non |
| Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine ? | Excessifs : oui/non Dans la moyenne : oui/non Rares : oui/non Absents : oui/non | Excessifs : oui/non Dans la moyenne : oui/non Rares : oui/non Absents : oui/non | Excessifs : oui/non Dans la moyenne : oui/non Rares : Oui/Non Absents : oui/non | Excessifs : oui/non Dans la moyenne : oui/non Rares : oui/non Absents : oui/non |
| Caractéristiques générales des interactions mère-nourrisson | | | | |
| Qui initie les échanges ? | La mère : oui/non | L'enfant : oui/non | Les deux : oui/non | Aucun des deux : Oui/Non |
| Réciprocité des échanges | Fréquente : oui/non | Rare : oui/non | Absente : oui/non | |
| Tonalité affective dominante (cocher) | Plaisir Tristesse Indifférence Excitation Vide Autre Préciser | Enfant | Mère | |
| Les interactions se déroulent-elles, de façon prédominante avec | Continuité : oui/non | Discontinuité : oui/non | | |

portent leur bébé de façon inadapté. Dans les situations A et B, le bébé est tenu à distance, éloigné du corps de leur mère. Les caresses sont absentes, seule la mère A embrasse une fois son bébé.

4.1.3. *Contact visuel de l'enfant*

Deux enfants (A et B) ne sont pas capables de maintenir le lien visuel avec leur mère. Pour les deux autres, les contacts visuels sont très courts et c'est la mère qui lâche le regard du bébé.

Trois bébés montrent des moments d'évitement du regard : quand les mères regardent leurs bébés, ils détournent leur regard. Les bébés A et B ne regardent pas leurs mères, alors que les bébés C et D les regardent fréquemment.

À part pour le bébé A qui a une attitude exploratrice, les autres bébés alternent entre des moments d'exploration de l'environnement et des moments de fixation pour la plupart du temps focalisés sur le visage de la mère.

4.1.4. *Contact visuel de la mère*

Trois mères sur les quatre sont capables de regarder leur enfant, à l'exception de la mère A. Les moments de regards sont néanmoins généralement brefs. Aucune des mères n'évite le regard de son enfant. Les mères suivent parfois le regard de leur bébé, même si la plupart du temps, elles le fixent. Les moments de fixation du regard ont une durée d'au moins une seconde et demi.

4.1.5. *Contact vocal de la part du bébé*

Les vocalisations de la mère sont rares ou même inexistantes. Les contacts vocaux de l'enfant sont davantage connotés négativement. Le bébé A n'a émis aucun son de l'entretien. Les autres ont parfois pleuré exprimant ainsi un certain inconfort et agacement. Pour les bébés A et C, le stress est tel qu'ils se mettent à crier jusqu'à ce que leurs mères arrivent à les calmer.

4.1.6. *Contact vocal de la part de la mère*

Les mères parlent rarement à leurs enfants, seulement pour essayer de comprendre la détresse de leur bébé (Mère B : « qu'est-ce qui t'arrive ? », « n'es-tu pas heureux ?), ou pour le calmer (toutes les mères : « d'accord, d'accord, d'accord. . . »).

Dans très peu de situations, les mères s'adressent à leurs bébés en leur montrant des objets ou des jouets (seulement la mère B).

Les jeux vocaux réciproques sont absents dans les quatre dyades. Aucune des mères ne crie sur son bébé. Elles sont toutes les quatre calmes avec un ton de voix bas et faible. La mère B est la plus énergique, parlant plus fort et plus vite que les trois autres.

Les quatre mères ont un ton de voix dépressif durant tout le temps de l'entretien. Excepté pour la mère A, les autres sont capables de sourire et rire doucement, mais pas avec leurs bébés.

Toutes les quatre ont des moments de silence dont la durée varie de quelques secondes à plusieurs minutes, même les mères C et D au cours de la séquence libre de jeu.

4.1.7. *Sourires de l'enfant*

Les bébés sourient rarement spontanément à leur mère. Dans les situations C et D, les sourires sont repérés dans les moments de jeu entre mère et bébé quand le bébé n'est pas dans les bras de sa mère mais allongé sur le tapis, ou assis dans le transat. Nous avons identifié la même chose pour les bébés répondant aux sourires de leur mère.

4.1.8. *Sourires de la mère*

Comme pour les bébés, les mères sourient rarement spontanément. Nous identifions un sourire dans la situation C lorsque la mère regarde son enfant, le sourire accompagnant une interaction vocale. C'est un sourire plutôt mélancolique. Les mères C et D répondent au sourire de leur enfant durant la séquence libre de jeu.

4.1.9. *Mode d'interaction prédominant*

L'analyse des interactions modales entre mère et bébé met en évidence le fait que les bébés usent davantage de la modalité visuelle pour entrer en communication. Lorsqu'ils sont en situation de détresse, ils utilisent davantage la modalité vocale au travers les pleurs et les cris.

Les mères usent plus du toucher, essayant de trouver la meilleure manière de porter leur bébé durant l'entretien, mais elles ont rarement des gestes avec des contacts visuels et verbaux. La plupart du temps, elles sont absorbées par leur récit et par la nécessité de répondre aux questions.

4.1.10. *Initiation des interactions*

La plupart du temps, ce sont les mères qui initient les échanges. Elles initient les interactions, visuelles et même physiques, seulement lorsqu'elles sont contraintes de calmer leur bébé qui manifeste de la détresse.

La mère A réagit quand son enfant pleure en le mettant sur ses genoux et en le changeant de position pour réussir à le calmer. Elle le change plusieurs fois de position, mais le bébé semble toujours dans l'inconfort. Ses mouvements pour répondre à son bébé sont inadaptés la plupart du temps et effectués sans qu'elle ne regarde son bébé. La même attitude apparaît dans la dyade C. La mère essaye de trouver la meilleure position pour son bébé. Mais le bébé ne semble jamais être bien. La mère ne regarde jamais son bébé pour voir comment il réagit, et même si elle le regarde, elle ne voit pas son bébé qui est en train de baver. Elle ne le remarque qu'après un long moment. Elle propose un grand hochet à son bébé, mais il ne le regarde pas. Elle secoue le hochet très près du visage de son bébé. Le bébé ne semble pas vraiment regarder le hochet mais se calme avec le bruit qu'il fait. Même la mère C essaye de clamer son bébé qui pleure, avec une peluche, mais le bébé ne semble pas apprécier. La mère B est plus aidante vis-à-vis de son bébé qui commence à gémir. Elle le garde très éloignée d'elle. Il est dans une position très inconfortable mais il finit par s'endormir. À plusieurs reprises, la mère D tente de calmer son bébé, même s'il est plutôt calme durant l'entretien. Lorsqu'il commence à pleurer, sa mère lui donne le sein. L'enfant D semble être dans une position plus confortable que les autres.

La situation D est la seule dans laquelle c'est l'enfant qui prend l'initiative de l'interaction corporelle. Depuis le début de l'entretien, il essaye d'attirer l'attention de sa mère allant vers ses pieds, touchant ses genoux, la regardant. Dans les autres situations, les mères s'éloignent de leur bébé sans le regarder ni observer ses réactions. Cela a majoré la frustration et conduit à ce que les bébés pleurent. Les bébés essayent aussi d'atteindre le cou de leurs mères mais celles-ci les mettent à distance. Même le bébé D initie quelques interactions corporelles avec ses mains, essayant ainsi d'atteindre le corps de sa mère. Dans toutes les dyades, les bébés initient des interactions visuelles.

4.1.11. *Réciprocité des interactions*

La réciprocité des interactions est limitée pour toutes les dyades.

Le contact visuel est fréquent mais les interactions visuelles réciproques sont peu fréquentes.

Dans les dyades A, C et D, lorsque les mères regardent leur bébé, ce dernier détourne la tête. Nous observons également que les bébés peuvent regarder durant de longs moments leurs mères sans obtenir de réponse.

L'interaction visuelle réciproque dans la dyade B a lieu au moment d'une grande détresse de la part du bébé. Mère et bébé se regardent tous les deux, le bébé manifeste son mécontentement et la mère tente de l'aider.

Avec la dyade D, nous assistons à une dynamique comme dans l'expérience du *still-face* (visage impassible) (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) : le bébé fixe sa mère, lui sourit et son comportement change alors que sa mère reste impassible. La mère le fixe dans un état dépressif et une absence d'expression durant plusieurs minutes. Face à une absence totale de réponse de la part de sa mère, le bébé abandonne et des expressions négatives apparaissent. Il finit alors par orienter son visage et son corps vers l'extérieur, explorant l'environnement. La plupart des interactions corporelles sont absentes. Le bébé A passe une grande partie de l'entretien à essayer d'entrer en contact avec sa mère au travers le toucher mais la mère le tient éloigné d'elle. Ils présentent des difficultés à s'harmoniser. Nous observons une interaction corporelle réciproque dans la situation D durant la séquence libre de jeu lorsque la mère initie l'interaction en attrapant ses mains et en caressant ses doigts. Le bébé répond en jouant avec le doigt de sa mère durant un moment.

Les interactions vocales réciproques sont toujours liées à des situations négatives : les bébés manifestent du désagrément par les pleurs et les mères essayent de les apaiser par la voix. Il n'y a pas de jeux de vocalisations réciproques, dans aucune des dyades. Les stratégies vocales réciproques pour attirer l'attention des mères sont suivies par des changements de positions ou par la médiation d'un objet (hochet, peluche). Les mouvements et le « holding » des mères sont rigides et inadaptés aux besoins de l'enfant. Les mères ne vérifient jamais si la position de leurs bébés est confortable. Aucun son n'accompagne leurs gestes. Durant les deux séquences libres de jeu des situations C et D, il est intéressant de noter la fréquence des interactions visuelles mais l'impression générale est que les mères restent distantes de leur enfant.

4.2. Observations complémentaires de l'entretien

4.2.1. Modalité émotionnelle dominante

C'est la tristesse qui domine dans les quatre entretiens. Les mères A et D montrent quelques moments de manque d'empathie caractérisés par un visage impassible et un regard figé. La mère B exprime de la frustration, de l'impuissance et de l'anxiété vis-à-vis de son bébé, en étant incapable de comprendre le malaise de leur bébé et comment le soulager. La mère C n'est pas capable de manifester de plaisir à l'égard de son bébé pendant plus de quelques minutes.

Les nourrissons diffèrent entre eux dans leur tonalité affective dominante, même si chacun passe à travers des moments d'excitation, suivis d'une perte de tonus émotionnel jusqu'à ce qu'ils se calment ou s'endorment. Tous les bébés sont dans la détresse et expriment parfois du déplaisir dans l'interaction avec leur mère. Les bébés B et C sont très apathiques. Les bébés A, C et D manifestent du plaisir quand ils ne sont pas dans les bras de leur mères (ils sont sur le tapis ou dans le transat).

4.2.2. Le comportement des bébés en réaction aux récits de leur mère

Les interactions décrites ci-dessus se produisent dans le contexte de la recherche. Il est demandé aux mères de raconter leurs expériences traumatiques et les modalités de transmission sont observées. Dans le discours des mères, nous identifions des éléments caractéristiques des récits

traumatiques, notamment mis en évidence par la revue de la littérature sur « Récits de traumatismes dans le syndrome de stress post-traumatique » (O’Kearney & Perrott, 2006).

Nous n’identifions aucune incohérence dans les récits des mères. Cependant, il est à noter quelques incohérences entre le verbal et les comportements non-verbaux envers les bébés, notamment une discordance entre les représentations maternelles et les interactions mère–bébé. Par exemple, dans la dyade A, la mère exprime la façon dont son enfant est heureux et sourit, et comment elle aime le regarder et comprendre ce qu’il exprime. Or, dans l’interaction, il n’y a jamais de sourire et d’échanges de regards.

Les mères prennent un ton calme pour parler des événements traumatiques et donnent des précisions sur les scènes, les lieux et les faits.

Les éléments externes ont été soulignés au détriment du vécu interne, comme s’ils avaient vu la scène de l’extérieur. Les moments de silence et les difficultés à trouver les mots justes suggèrent que les mères sont absorbées par les scènes du passé. Elles sont immergées dans les événements douloureux.

Nous avons analysé les réactions de l’enfant au discours de leur mère. Dans aucun des entretiens, nous notons une réactivation de l’événement traumatique, mais nous observons des réactions des bébés, que nous mettons en lien avec les récits de leurs mères.

Dans la dyade A, le récit traumatique est dilué sur toute la durée de l’entretien. Le bébé commence à montrer progressivement des signes d’inconfort et de fatigue. Après quelques minutes, il commence à s’agiter, puis pleure et crie. Il met ses mains sur ses oreilles à plusieurs reprises comme pour ne pas entendre ce que dit sa mère. L’hypothèse est que l’enfant est assailli par le récit et le ton de mère qui dépassent son seuil de tolérance. Le bébé se désorganise en mettant en place des mécanismes de défense : il pleure et crie jusqu’à ce qu’il s’endorme.

Dans la dyade C, durant le récit traumatique, la mère ralentit son ton de voix et elle continue à raconter les événements et leurs conséquences, de façon calme et triste. Dans les bras de sa mère, le bébé est dans l’inconfort et manifeste un certain mécontentement. Il gémit jusqu’à ce que sa mère prenne un hochet et le secoue devant son visage. Pendant qu’il est demandé à la mère de dire quelque chose de ses émotions, elle arrête d’agiter le hochet un instant et le bébé réagit vivement en protestant et en gémissant de nouveau. La mère secoue le hochet de nouveau. Cette séquence se produit plusieurs fois de suite. Nous pouvons faire l’hypothèse que le bruit calme le bébé parce que ce bruit couvre également la voix de sa mère. Les observations suggèrent que le ton de voix de la mère est difficilement tolérable pour l’enfant : le bébé, qui se trouve dans une période préverbale, n’a pas accès à la complexité des mots du récit traumatique. Mais le bébé peut être affecté par la façon avec laquelle les événements traumatiques sont racontés, en tant que stimuli extérieurs qui le submergent. La réaction au ton de la voix de la mère est perceptible dans une séquence de la dyade C : le bébé semble tellement habitué à la voix triste de sa mère que lorsque celle-ci se met à rire à la suite d’une question, le bébé est surpris, cesse d’allaiter et regarde sa mère avec étonnement. Cette séquence se produit à deux reprises.

4.3. *Recueil de données dans la grille d’acculturation de la famille migrante*

Dans les quatre entretiens, il est possible d’observer autant le « holding » que le « handling ».

Dans les dyades A et B, la façon dont les mères portent et parlent à leur bébé, montrent une approche davantage distale que proximale. Elles tiennent leurs bébés éloignés d’elles. Les bébés semblent physiquement et émotionnellement non contenus et non sécurisés. Dans les dyades C et D, les bébés sont tenus plus près des corps de leur mère. La mère D est la seule à tenir son bébé proche d’elle et à l’allaiter. La mère C montre des interactions vocales et des stratégies

différentes pour calmer leur bébé, essayant de comprendre ses besoins même si sa façon de faire est inadaptée. Dans son discours, elle fait part de son éloignement du soin traditionnel comme le massage, d'autant qu'elle n'est pas favorable au massage de sa belle-mère qu'elle trouve trop tonique et trop énergique. Elle préfère adopter la façon de faire de sa mère qui est plus douce et délicate. De toute façon, elle délègue à sa mère le massage, ne se sentant pas prête à s'investir dans les soins traditionnels. Elle a hésité à prendre appui sur les pratiques traditionnelles pour la protection de son bébé à sa naissance. Sa belle-mère lui a offert un « grigri », à mettre autour de la poitrine de son bébé pour le protéger mais elle n'y est pas vraiment favorable.

Le principal facteur de protection évoqué durant l'entretien est la prière et plus généralement, Dieu, pour la mère et le bébé. La place de la religion n'est pas la même pour les quatre mères, mais pour toutes, la religion constitue une sorte de refuge.

La religion prend une place fondamentale dans la nomination de l'enfant, lui attribuant le rôle du sauveur, ou de la rédemption d'une souffrance endurée.

La nomination montre que l'enfant est très investi et que son nom représente une mission, un réel défi pour l'avenir de l'enfant et de la dyade.

À propos des indicateurs langagiers, les quatre mères parlent français couramment. Elles utilisent même le français pour communiquer avec leur bébé et la langue d'origine n'est pas réellement investie. Les références au pays d'origine sont seulement liées aux événements douloureux. Il n'y a pas de mémoire heureuse rapportée à leur culture de référence. La mère A, malgré les douleurs subies dans le pays d'accueil, reste attachée au mandat transgénérationnel : son père l'a renvoyée de son pays d'origine pour qu'elle ait une vie meilleure. Dans son pays d'origine, cela ne peut qu'être pire. Les quatre mères et leurs bébés sont habillés avec des vêtements occidentaux et aucune marque corporelle traditionnelle n'est visible. Elles expriment toutes le souhait de retourner un jour dans leur pays, même si ce souhait n'est pas exprimé spontanément.

5. Discussion

L'objectif de cette étude est d'approfondir notre compréhension de la transmission du trauma de la mère à son bébé en considérant l'aspect transculturel du traumatisme et son implication dans le processus migratoire et dans la relation mère–bébé.

Le premier objectif est d'observer et d'analyser les interactions mère–bébé dans le but d'explorer l'impact du stress de la mère sur la qualité de la relation et sur les réactions du bébé.

L'état émotionnel du bébé, qui dépend de la disponibilité psychique de la mère dans le soin qu'elle lui apporte, peut être affecté par l'état émotionnel de la mère. Une mère traumatisée peut être moins disponible et moins capable de répondre de façon adaptée aux besoins de son bébé. Pour cette raison, il est important de comprendre comment les événements traumatiques peuvent affecter l'attitude de la mère et ses modalités d'interaction avec l'enfant. Une mère non disponible peut être source d'un trauma direct au bébé et influencer négativement la capacité du bébé à réguler ses propres émotions.

Les résultats de cette étude corroborent avec la littérature sur la transmission du trauma mère–bébé et proposent un éclairage sur le lien entre les capacités émotionnelles de mère et la qualité des interactions. Les résultats confirment que le trauma de la mère conduit à des interactions de faible qualité (Van Ee, 2012). Les données recueillies montrent des pauvres échanges verbaux, visuels et kinesthésiques. Les échanges, même s'ils sont peu fréquents, sont initiés ou par la mère ou par l'enfant mais la réciproque est rare, voire absente. Ceci suggère que les dyades ont des difficultés à trouver une relation harmonieuse : la transformation de la mère de l'état affectif du bébé est négativement impactée par l'état émotionnel de la mère.

Nous pouvons voir dans les dyades de l'étude que les réactions de l'enfant sont influencées par le manque de réponse ou des réponses inappropriées de la mère. Les mères présentent des difficultés à évaluer correctement les manifestations verbales et non verbales de leur enfant et les interactions ne sont pas harmonieuses (en termes de réciprocité de l'échange, de rythme ou d'attente de la réponse, etc. . .). Les bébés reconnaissent leur propre état affectif interne, sur la base de ces feedbacks négatifs de leur mère. Les mères traumatisées sont moins sensibles et leurs modèles de maternage en sont affectés. Les résultats de nos analyses indiquent que quelque chose se passe chez l'enfant. Les bébés de notre étude manifestent un inconfort, au travers du regard, des pleurs et de la façon dont ils sont portés dans les bras de leur mère. Il est rare qu'ils manifestent des expressions de plaisir et les sourires sont presque toujours absents.

Les résultats montrent que le traumatisme affecte la capacité de la mère d'interagir avec son enfant et la capacité de réguler l'état émotionnel du bébé. Le bébé expérimente le manque de réponses appropriées qui a un impact sur la régulation du rythme de l'interaction et sur la réponse de la mère en termes d'état émotionnel. Les conduites du bébé et les interactions qui en découlent relèvent de l'énonciation traumatique des mères. Le bébé interagit en « entendant » ces mots déposés et en ressentant au plan émotionnel les attitudes conscientes et inconscientes de la mère.

Les données collectées par l'analyse du discours et par la grille d'acculturation sont à mettre en relation avec les aspects inconscients de la transmission : les attentes parentales concernant le bébé et les fantasmes projetés constituent un rôle significatif.

Dans les dyades de l'étude, la façon de nommer reflète des attentes et des fantasmes à propos de l'enfant : « Dieu sauveur », « Dieu guérit », « mon combat », « accompli ».

Les trois premiers sont en lien avec l'histoire de la mère et le mandat transgénérationnelle dont les nourrissons sont investis. Les noms des enfants reflètent le rôle et le lieu où les mères se situent dans leur histoire personnelle. Le lien avec les expériences traumatiques est évident.

Le deuxième objectif de l'étude est de contribuer à identifier les aspects transculturels spécifiques de la transmission du trauma à l'enfant lorsque les mères sont migrantes. La transmission est influencée par le poids de l'héritage culturel et historique de la famille.

Les données recueillies dans notre étude indiquent que la vulnérabilité due à la migration influence négativement les conduites de maternage, les pratiques de soin au bébé et la relation mère-bébé.

Les modalités d'échange : visuelle, auditive, corporelle, kinesthésique, peuvent varier considérablement d'une culture à une autre. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest (régions dont sont issues les mères de notre étude), ce sont les registres sensoriels corporels et kinesthésiques qui sont les plus stimulés. Les enfants sont partie prenante de toutes les activités quotidiennes réalisées par la mère puisqu'elles les portent de façon permanente (Stork, 1995). Les interactions sont proximales et le corps de la mère est le berceau « par la composante tonique » qui conduit le bébé à un ajustement au corps de sa mère, que ce soit au niveau du rythme que de ses courbures corporelles. Le corps de la mère assure une contenance et a une fonction de stimulation pour le bébé. Afin d'assurer la transmission de ces pratiques et du savoir-faire culturel, il est nécessaire que la mère soit aidée à la naissance du bébé dans l'établissement des premières relations. Les observations transculturelles montrent que les techniques et les interactions proximales se maintiennent difficilement dans un contexte migratoire.

Les dyades de notre étude témoignent clairement de la difficulté à adopter ces relations. Les bébés sont éloignés des corps de leur mère et même durant les moments de contact corporel, les bébés étaient mal ajustés aux corps des mères : leur inconfort était perceptible. Cette observation est confirmée et accentuée par le discours des mères concernant leurs habitudes à la maison : les enfants sont mis dans une poussette ou en porte-bébé pendant les activités quotidiennes de

la mère, ce qui limite le contact physique. Ces attitudes font partie du processus d'acculturation résultant de la migration. Les mères se retrouvent face à des exigences contradictoires entre le fait de se référer à leur culture d'origine ou de privilégier les façons de faire du pays d'accueil.

Dans les quatre situations de notre étude, pour différentes raisons, nous assistons à une absence physique ou une impossibilité à la transmission des pratiques culturelles du soin au bébé. Le manque de soutien du groupe familial est important et ne permet pas cette transmission. L'absence de recours au « berceau culturel » comme facteur de résilience renforce la dysharmonie de la dyade.

Nos résultats confirment la nécessité de considérer l'aspect interculturel en association avec l'événement traumatique : la migration et ses effets sur la transmission au travers du berceau culturel, articulés au stress du trauma affectant les mères, potentialisent l'impact sur les interactions mère–bébé.

6. Limites de l'étude

Bien que nos résultats s'ajoutent à la littérature déjà existante sur la transmission du trauma mère–bébé, notre étude présente quelques limites qui doivent être considérées.

La principale limite se situe dans l'échantillon de notre cohorte. Un échantillon plus large devrait permettre d'obtenir des données statistiques significatives sur les effets de la transmission du trauma mère–bébé.

D'autres entretiens ont été réalisés mais les données ne sont pas toutes exploitables dans le cadre de cette analyse. En effet, plusieurs entretiens ne permettent pas d'évaluer les interactions mère–bébé car le bébé dort tout au long de l'interview.

Le temps passé avec la dyade est aussi limité. Il serait intéressant de rencontrer la dyade plus longtemps, peut-être même au domicile pour observer davantage les interactions dans un contexte du quotidien, et notamment celles qui concernent la façon dont le bébé est nourri, soigné, changé. Revoir la dyade une deuxième fois, quelques mois après le premier entretien, nous permettrait d'observer l'évolution des interactions et de formuler des hypothèses quant à la prédiction de la transmission du trauma chez le tout jeune enfant.

De plus, les observations par la vidéo ne permettent pas de recueillir toutes les données. En effet, les mouvements de l'enfant dans l'espace et les changements de position du bébé par la mère ne permettent pas de suivre l'ensemble des mouvements. Plusieurs caméras seraient nécessaires pour une observation plus exhaustive.

Concernant l'aspect transculturel, il est important de prendre en considération les éclairages historiques, anthropologiques, politiques de chaque situation afin de mieux comprendre les processus de transmission selon une approche complémentariste (Devereux, 1972). Dans notre étude, l'hétérogénéité culturelle de notre échantillon ne permet pas de généraliser la dimension transculturelle et les liens avec les traumas collectifs des pays dont les mères sont originaires.

Enfin, les symptômes post-traumatiques des mères ne sont pas mesurés avec une échelle mais au travers d'une analyse qualitative (analyse du discours et observation des comportements). Il est donc difficile d'établir une corrélation entre la présence et l'intensité des symptômes, et les réactions de l'enfant.

7. Conclusion et perspectives

Les résultats de cette étude confirment les données recueillies dans des études précédentes. Ils montrent que quelque chose se passe chez l'enfant lorsque le modèle parental est compromis et que la mère est moins préoccupée par son enfant.

Une proposition d’investigation pour mieux comprendre le processus de transmission du traumatisme de la mère à son bébé pourrait être l’analyse du contre-transfert du chercheur.

Le contre-transfert des thérapeutes dans le soin aux mères traumatisées comporte différents aspects spécifiques. Il y a une forme de communication entre la personne traumatisée et celle qui prend soin d’elle, via l’empathie (Dalenberg, 2000 ; Lachal, 2006). On peut faire l’hypothèse qu’il y a une similitude entre ce qui est vécu par le chercheur et le bébé en présence du discours traumatique.

Les sentiments vécus par le chercheur en assistant à l’inconfort manifesté par le bébé, et au cours du récit traumatique de la mère, nous amènent à penser que l’analyse du contre-transfert du chercheur permettrait d’accéder à l’expérience du bébé et comprendre ce qui se passe pour lui.

La capacité d’accéder aux modalités de transmission du trauma est essentielle pour une meilleure prévention dans les relations précoces.

Les résultats de cette étude et des futures recherches sur cette thématique sont importants en termes d’implications cliniques. Une proposition d’intervention auprès de la dyade mère-enfant, serait, par exemple, de prendre appui sur les conduites de maternage utilisées dans la culture d’origine de la mère. Réinvestir le « berceau culturel » peut être un facteur de protection pour la mère et son bébé.

Avis favorable du comité d’éthique

CEERB Paris Nord in date 4/12/2012.

Déclaration de liens d’intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d’intérêts.

Références

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L’écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Anaut, M. (2002). *Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l’enfance*. pp. 101–118. (77) Toulouse: « Connexions » Erès.
- Bailly, L. (2006). Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro (Eds.), *Bébés et traumas* (pp. 59–65). Grenoble: La Pensée sauvage.
- Bowlby, J. (1999). (2nd ed.). *Attachment. Attachment and Loss* (I) New York: Basic Book.
- Ciccone, A. (1999). *La transmission psychique inconsciente*. Paris: Dunod.
- Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Feldman, M. (2009). *Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940–1944) ?* Toulouse: Erès.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 387–421.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 419–431.
- Hellawell, S. J., & Brewin, C. R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language. *Behaviour Research & Therapy*, 42(1), 1.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K. Y., & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have “second-generation” effects: Disorganization, role-inversion, and frightening ideation in the offspring of traumatized

- non-maltreating parents. In M. F. Solomon, & D. J. Siegel (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, Brain* (pp. 57–106). New York: W.W. Norton & Co.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble: La Pensée Sauvage.
- Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J. P. (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: Eshel.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: PUF., 2002.
- Moro, M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris: Dunod.
- Moro, M. R. (2010). *Nos enfants demain : Pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob.
- O'Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma Narratives in Posttraumatic Stress Disorder: a Review. *Journal of Traumatic Stress, 19*(1), 81–93.
- Ouss-Ryngaert, L. (2006). Transmission des traumatismes psychiques de la mère au bébé. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro (Eds.), *Bébés et trauma* (pp. 99–134). Grenoble: La Pensée Sauvage Éditions.
- Pierrehumbert, B., Dieckmann, S., Miljkovitch de Heredia, R., Bader, M., & Halfon, O. (1999). Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspire du paradigme de l'attachement. *Devenir, 11*(1), 97–126.
- Tisseron, S. (1995). Les images psychiques entre les générations. In *Le psychisme à l'épreuve des générations : Clinique du fantôme*. pp. 123–144. Paris: Dunod.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*, 1–13.
- Schechter, D. S., Coats, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R., & Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment and Human Development, 7*(3), 313–331.
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder (English). *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 9–30.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stork, H. (1995). Gestes de maternage en situation d'immigration. Enculturation, transmission, acculturation. *Bulletin de psychologie, 48*(6–9), 278–287, 419.
- Van Ee, E. M. (2012). War trauma lingers on: associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal, 33*(5), 459–468.